

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N° 220

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 juin 1891, à 1 heure

Par LOUIS VÈNE

Né à Céret (Pyrénées-Orientales), le 6 avril 1864

ÉTUDE SUR LES
DÉLIRES POST-OPÉRATOIRES

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. { DUPLAY, professeur.
 { SCHWARTZ, NÉLATON, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

220

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 juin 1891, à 1 heure

Par LOUIS VÈNE

Né à Céret (Pyrénées-Orientales), le 6 avril 1864

ÉTUDE SUR LES
DÉLIRES POST-OPÉRATOIRES

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. } DUPLAY, professeur.
 } SCHWARTZ, NÉLATON, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie.	TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.	REGNAULD.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULENE
	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale.	POTAIN
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	CUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD

Professeurs honoraires.

MM. RICHET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT-
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPLY.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE, LE DOCTEUR SERGENT

Ancien interne des hôpitaux

A MA FEMME

A MA NOUVELLE FAMILLE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES LYONNAIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR LE DENTU

ÉTUDE

SUR LES

DÉLIRES POST-OPÉRATOIRES

PRÉFACE

Qu'il nous soit permis avant d'aborder l'étude des délires post-opératoires, de remercier M. le professeur Le Dentu d'avoir bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse qui tient à la fois de la pathologie chirurgicale et de la pathologie mentale et qui, en souvenir de notre internat dans le service de M. le professeur Pierret, devait nous séduire plus qu'aucun autre. Il nous souvient que la préoccupation constante de notre maître était de nous montrer les liens étroits, parfois cachés, qui unissent entre elles l'étude de l'aliénation mentale et l'étude des autres branches de la pathologie.

Nous devons ici lui témoigner notre profonde reconnaissance pour les idées générales que nous avons puisé dans son enseignement et aussi pour la bienveillance excessive

qu'il a montré à notre égard et qui en plusieurs circonstances nous a été particulièrement précieuse.

Que M. le Dr Lyot, chef de clinique chirurgicale, reçoive nos remerciements pour le gracieux concours bibliographique et les savants conseils qu'il nous a prodigués dans le courant de ce travail.

HISTORIQUE

Schroetter est le premier qui ait cherché à attirer l'attention du monde médical sur le délire qui peut survenir à la suite d'un traumatisme opératoire ou accidentel.

Son travail : « *De morbis animi præcipue in combinatione vulnerum* » ne fut guère pris en considération par les chirurgiens de cette époque puisqu'en 1819, Dupuytren, dans un mémoire sur les fractures du péroné, décrit comme une chose toute nouvelle un délire nerveux qu'il appelait ainsi pour bien indiquer qu'il ne s'agissait pas du delirium tremens, mais d'un délire pouvant survenir chez les blessés les plus exempts d'alcoolisme.

Alors comme aujourd'hui il était en effet d'observation courante que le traumatisme fut l'agent provocateur presque infailible d'une attaque d'alcoolisme aigu. Lind avait fait depuis longtemps cette remarque qu'une affection externe excite facilement le delirium tremens.

La distinction du délire nerveux et du délire alcoolique était vraiment l'idée nouvelle développée avec autorité par Dupuytren dans ses leçons orales de clinique, parues en 1832, où nous trouvons l'intéressante description que nous ne pouvons nous abstenir de reproduire, car, à elle seule, elle constitue la partie la plus importante de notre historique. « Si le soir, le lendemain ou le surlendemain d'une fracture, d'une luxation ou d'une opération quelconque, le malade paraît dans un état de gaité surnaturelle ;

s'il parle beaucoup, s'il a l'œil vif et la parole brève, les mouvements brusques et involontaires ; s'il affecte un courage et une résolution désormais inutiles, tenez-vous sur vos gardes.

Bientôt il se manifeste une singulière confusion d'idées, sur les lieux, les personnes et les choses. Le malade, en proie à l'insomnie, est ordinairement dominé par une idée plus ou moins fixe, mais presque toujours en rapport avec sa profession, ses passions, ses goûts, son âge, son sexe ; il se livre à une jactation continuelle. Les parties supérieures de son corps sont couvertes d'une sueur abondante, les yeux deviennent brillants, injectés, la face s'anime, se colore et il profère, avec une loquacité extraordinaire, des paroles menaçantes, des vociférations effrayantes.

Son insensibilité est souvent telle qu'on a vu des individus atteints de fracture comminutive des extrémités inférieures, arracher leur appareil, et marcher en s'appuyant sur leur membre brisé sans témoigner la moindre douleur.

D'autres qui avaient les côtes fracturées s'agitaient et chantaient sans manifester la plus légère souffrance. Quelques-uns, enfin, opérés de la hernie, introduisaient leurs doigts dans la plaie, et s'amusaient froidement à dérouler leur intestin comme s'ils faisaient cette manœuvre sur un cadavre.

Malgré l'apparente gravité de ces symptômes, le pouls tranquille et calme, n'éprouve d'autre altération que celle que détermine le désordre des mouvements. Il n'y a pas de fièvre. Les fonctions excrémentitielles s'exécutent avec leur régularité accoutumée ; mais l'appétit est nul,

et au bout de deux, quatre, cinq jours, cette affection se termine par la mort, mais beaucoup plus souvent par la guérison.

Si cette heureuse terminaison doit avoir lieu, le calme revient sans crise apparente, et aussi brusquement que le désordre a commencé. Un sommeil profond s'empare du malade, puis il se réveille en pleine raison sans souvenir du passé. Plus faible à chaque récurrence, ce délire peut se renouveler deux à trois fois après un ou deux jours de rémission ».

Calmeil donne son opinion sur le délire nerveux, Delasiauve (1850) donne aussi la sienne, et ces deux autorités s'unissent à celle de Dupuytren pour affirmer la non identité du délire post-opératoire et du *delirium tremens*.

Jusqu'à l'époque où s'opéra la transformation de la chirurgie moderne sous l'influence de l'antisepsie le silence le plus absolu règne sur cette question.

Peu à peu on oublie Dupuytren et on s'habitue, l'alcoolisme prenant une part de plus en plus grande dans la pathologie, à ne voir que des délires alcooliques dans les délires des opérés.

La première publication que nous trouvons est celle de Davidson (1875), sur un cas de manie consécutif à une amputation de cuisse.

Un peu plus tard (1877), paraît la thèse de Festal, où se trouvent développées les idées que Broca avait émises dans deux cliniques : Festal soutient que le délire nerveux n'a pas de personnalité distincte et par l'étude de deux malades ayant présenté des troubles psychiques post-opératoires il démontre l'exacte similitude du délire nerveux

et du delirium tremens reconnaissables tous deux, dit-il, aux mêmes caractères pathognomoniques.

Verneuil en 1883 dans les *Mémoires de chirurgie* soutient la même opinion.

Billroth dans sa pathologie générale et chirurgicale mentionne deux cas de rhinoplastie suivis chacun d'un délire de même caractère (prédominance d'idées religieuses et d'indignité) ayant duré plusieurs semaines ; il signale un autre cas, qui lui a été rapporté par le D^r Heusse, dans lequel une résection du genou aurait été suivie d'une attaque de manie.

En 1880, une excellente observation est publiée par les D^{rs} Herm Lossen et Furstner. C'est un cas de manie consécutif à une ablation de l'utérus ; et à cette occasion Furstner rapporte certains faits de folie survenue à la suite d'opérations sur les yeux ayant abouti à la cécité.

Mais c'est depuis ces trois ou quatre dernières années que les documents relatifs à la question qui nous occupe deviennent plus importants et plus nombreux.

Savage citant cinq cas à l'appui de sa thèse soutient que l'emploi des anesthésiques est la seule cause du délire post-opératoire.

Le D^r Bataille dans une thèse de Paris en 1887 signale deux cas de folie, survenus, l'un après une kélotomie, l'autre après l'ouverture d'un phlegmon de la main, et les considère comme des manifestations de l'hystérie.

La même année, J. Ill fait paraître un mémoire où il fait figurer trois cas personnels et sept autres cas extraits du compte-rendu d'une séance de la société gynécologique de Berlin. Ces sept cas avaient été signalés par P. Ruge,

Duerelius, A. Martin et Graube, à propos d'une communication faite par ce dernier.

Vers la même époque nous trouvons dans l'*Union médicale* l'observation de M. Polaillon et une autre de Girouk, qui rapporte un cas de mélancolie survenue après une périnéorraphie.

L'année 1888 est encore plus productive de faits du même genre : Sheperd publie six cas consécutifs à des opérations diverses. Tillebrown d'Hambourg en signale trois autres survenus après des opérations de gynécologie ; chez ces trois malades l'auteur estime qu'il y avait déjà quelque léger trouble mental d'ailleurs difficilement appréciable avant l'opération. Chez deux d'entre eux il constata immédiatement après l'opération quelques symptômes vagues précédant l'état aigu, qui éclata très tardivement.

Werth de Kiel, dont le mémoire, lu au congrès allemand de gynécologie tenu à Halle, mérite d'être rapporté avec détails, a observé six fois des troubles mentaux dus à l'opération sur un total de trois cents opérations de gynécologie. Sur ces six opérations deux étaient des hystérectomies, quatre des ovariectomies ; les formes observées furent la mélancolie et la manie ; deux fois la psychopathie se montra après la guérison de l'opération ; pour les quatre autres cinq jours, huit jours, deux semaines, trois semaines après l'opération même. Trois cas guérirent, le premier au bout de quinze jours, le deuxième au bout de quatre mois, le troisième au bout de huit mois. Parmi les trois derniers cas deux devinrent incurables et le troisième se termina par un suicide au bout de trois mois.

Werth fait remarquer avec insistance que dans quatre de ces six cas on ne se servit pas d'iodoforme, que dans les autres on ne s'en servit qu'avec la plus grande modération, que l'état des urines prouva que l'on n'était pas en présence d'un trouble mental d'origine rénale. La septicémie, elle aussi, dût être éliminée, et enfin dans aucun de ces cas on ne put retrouver d'antécédents héréditaires.

Notons qu'une discussion eut lieu après la lecture du mémoire de Werth, de laquelle il ressortit quelques nouveaux faits, et cette conclusion, émise principalement par Sanger, que l'appréhension de la psychose ne devait pas influencer le traitement. G. Wylie dans cette même discussion émit cette hypothèse que le trouble mental et l'affection chirurgicale pourraient bien avoir une même cause : un vice de développement des organes génitaux solidaire d'un vice de développement du cerveau, ce qui d'après G. Wylie expliquerait la plus grande fréquence du délire post-opératoire après les opérations gynécologiques.

Gaillard Thomas publia dans la même année un mémoire intitulé : « *Manie aiguë et mélancolie aiguë survenues consécutivement à des opérations de gynécologie* » qui fut discuté à la société médicale de New-York.

L'auteur classe et décrit ces troubles mentaux.

Son mémoire contient six observations personnelles et vingt autres cas empruntés à la littérature médicale.

Vers la même époque paraît une clinique du professeur Mairet (de Montpellier) bientôt suivie d'une thèse (Denis) inspirée par lui, où ces deux auteurs affirment, non sans arguments à l'appui, que le délire post-opératoire est bien en rapport de cause à effet avec l'opération.

Le D^r Denis remarque que les opérations gynécologiques y prédisposent davantage, il reconnaît que l'opération n'agit le plus souvent que comme cause occasionnelle, d'autres fois il n'est qu'une cause aggravante d'un état nerveux déjà pathologique. Denis développe cette idée que l'opération agirait en affaiblissant le patient, en provoquant chez lui une dénutrition profonde bien évidente chez certains de ces malades qui meurent dans le marasme.

M. Denis, comme M. Mairet, conclut que chez les prédisposés du moins l'indication aux interventions doit être modifiée dans le sens de la prudence par la crainte des désordres nerveux.

Tel est aussi l'avis de M. Pozzi qui s'est occupé lui aussi de cette question, et qui a trouvé plus fréquents ces troubles psychiques à la suite des opérations portant sur l'ovaire même.

Enfin en Italie Rafaëlo Gucci : « *Les opérations chirurgicales comme cause de folie* » nous rapporte quatre cas : une énucléation de l'œil, trois ovariectomies ; on avait noté pour chacun d'eux des prédispositions individuelles très manifestes.

Cet historique déjà assez long prouve que la question du délire post-opératoire quelque peu oubliée au milieu de tant d'autres sujets intéressants n'en a pas moins sa légitime importance. Il démontre que les faits qui nous occupent sont loin d'être nouveaux puisqu'on les a signalés dès le commencement du siècle, qu'ils ont été observés aussi bien en Amérique qu'en France et dans tous les pays d'Europe, et que par conséquent ils doivent être vrais.

CHAPITRE II

OBSERVATION I

Fibrome utérin. Castration.

Marie P..., salle Huguier, lit n. 4, entrée à l'hôpital le 13 avril 1890, âge 46 ans.

Parents bien portants. Mère nerveuse. Frère bien portant.

Réglée à 13 ans. Bien réglée. Une fausse couche de six mois il y a treize ans. Elle eut à cette époque des accidents syphilitiques. Pas d'autres maladies. Extrêmement nerveuse, mais jamais d'attaque de nerfs proprement dite. Pas d'alcoolisme.

Depuis sa couche elle eut des douleurs dans le ventre, les reins, les cuisses et fut soignée pour douleurs névralgiques. Ces douleurs, après avoir augmenté progressivement, diminuèrent il y a trois ans, et elle s'aperçut alors que son ventre grossissait. Les douleurs reprirent plus violentes allant jusqu'à provoquer des syncopes. La malade cessa de pouvoir travailler.

La dernière année, surtout depuis le mois de septembre, le ventre avait beaucoup grossi. Au mois de mars la malade était entrée à Saint-Louis où après cinq ou six séances d'électricité, elle n'obtient aucune amélioration, chaque séance était mal supportée et mettait la malade dans un état épouvantable, avec douleurs, cris, etc.

Au bout de trois semaines la malade sortit de l'hôpital sans changement, souffrant plutôt davantage. Quelques temps après elle rentra à Beaujon.

Etat actuel. — Femme extrêmement nerveuse. Ventre très

gros; on sent parfaitement une volumineuse tumeur médiane, bosselée, remontant jusqu'à l'ombilic légèrement mobile. Aucune sensation de fluctuation.

Par le toucher vaginal, on sent le col petit, haut, remonté derrière le pubis, dévié à gauche. L'utérus immobile fait corps avec la tumeur qui la déborde de tous côtés et transmet au doigt une impulsion assez nette quand on appuie sur la tumeur dans la région hypogastrique.

Il y a en outre une toute petite hernie abdominale réductible mais douloureuse.

La tumeur est complètement enclavée dans le petit bassin qu'elle semble remplir en totalité. Par le toucher rectal, c'est à peine si on atteint le col qui est très haut placé:

L'électrisation n'ayant donné au bout de quelques jours aucun résultat et n'ayant fait qu'exaspérer la malade au point de lui donner des attaques de nerfs, M. Le Dentu décide de l'opérer.

21 avril. — Opération sous le chloroforme.

Longue incision sur la ligne blanche, remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic, qui est sectionné au niveau du petit sac herniaire qui s'y trouve.

Paroi grasseuse, épaisse, quelques pincées sur de petites artérioles. A l'ouverture du péritoine, on trouve derrière l'épiploon surchargé de graisse repoussé en haut et maintenu avec une éponge, la tumeur qui est assez mobile. Un fil de soie épais est passé dans le pédicule et solidement noué, puis l'ovaire et la trompe sont enlevés.

Du côté gauche la recherche est plus laborieuse. L'ovaire kystique est gros comme une mandarine, perdu au milieu des intestins. Il est attiré au dehors et enlevé avec la trompe par une suture semblable passant au niveau de l'insertion de la trompe sur l'utérus.

Deux fibromes encapsulés, qui font en avant de la masse une

saillie très nette, sont enlevés. Leur poids est de 60 grammes. La cavité formée par leur énucléation est comblée par une suture en créneaux qui vient sous le fond de la cavité comprimer le tissu utérin et par une deuxième suture en surjet qui unit les lèvres de la plaie. Dix points de sutures profondes au fil d'argent et trois ou quatre points superficiels au crin de Florence. Durée 1 heure 10 minutes. Pansement iodormé compressif.

22 avril. — Hier soir 37°. La malade a passé une assez bonne journée malgré son excitabilité. Une piqûre de morphine dans la soirée.

T. m. 37°,3. Pas de nausées, pas de vomissements, bonne figure.

T. s. 37°,4. Puls à peu près normal. En somme état très satisfaisant, mais se plaint d'uriner très fréquemment. Champagne.

23 avril. — T. m. 37°,8. Même état, urine très fréquemment et quelques gouttes à la fois.

Les règles sont revenues, écoulement sanguinolent. Comme elle se plaint éourdément et se montre irritable on lui donne 4 grammes de bromure de potassium.

S'est levée le soir, on l'a trouvée debout ne sachant pas trop ce qu'elle faisait.

24 avril. — T. M. 37°. T. S. 38°. Même état, toujours ni vomissements, ni nausées. Mais a gémis toute la nuit. Urine toujours aussi souvent.

25 avril. — Rien de nouveau. Etat mental très troublé, déraisonne toute la journée, se découvre, se remue, crie et se plaint. Urine toujours très fréquemment. Piqûre morphine.

26 avril. — Même état. Pansement. Rien au niveau de la plaie, ventre un peu ballonné, mais ni vomissements ni nausées. Boit parfaitement son lait. Etat mental analogue. Huile de ricin.

27 avril. — A été abondamment à la selle. Mais ne sait toujours

pas ce qu'elle fait. S'est levée ce matin, on l'a trouvée dans son fauteuil. La température est retombée à la normale.

28 avril. — Transportée salle Huguier. Délire toute la journée, appelle sa famille, reconnaît mal les gens, mais ne présente aucun symptôme inquiétant du côté du ventre.

30 avril. — Figure meilleure, déraisonne moins, érythème aux fesses. Légère élévation de la température.

Pansement. Il y a un peu de rougeur et quelques gouttes de suppuration au niveau des points de suture, mais le ventre est souple, non ballonné.

2 mai. — L'état mental s'améliore et la température s'abaisse. La malade urine toujours sous elle. Rien de particulier du côté du ventre.

Dans l'après-midi la malade devient tout à coup oppressée, cyanosée avec pouls petit, irrégulier ; état presque asphyxique. Injection caféine, ventouses.

3 mai. — La malade est remise de l'alerte de la veille quelques râles congestifs dans la poitrine.

Les fils sont enlevés. Eschares toujours assez considérables. La malade continue à salir et à uriner sous elle.

État mental toujours mauvais, cependant par instants la malade tient des discours à peu près sensés.

5 mai. — Depuis hier, amélioration assez sensible dans l'état général. Les eschares sont sèches, la malade boit et mange bien.

6 mai. — La malade est absolument folle, elle crie, parle et déraisonne toute la journée. État physique satisfaisant.

7 mai. — Délire complètement. Aujourd'hui délire triste, elle pleure, se lamente, crie sans cesse, elle oublie les choses les plus élémentaires, répète sans cesse les mêmes mots et présente quelques idées de persécution.

9 mai. — Pansement. La plaie va très bien, un peu d'érythème autour des sutures qui ont coupé la peau.

La malade est toujours absolument folle, elle a parfois des souvenirs exacts, mais qui disparaissent aussitôt. Dès qu'on lui suggère une idée quelconque elle s'en empare et répète sans cesse des phrases ou revient le mot qui l'a frappée.

Mange peu depuis quelques jours, boit beaucoup, langue assez sèche. Continue à faire sous elle, urine constamment. Bromure 3 grammes.

10 mai. — Depuis hier amélioration dans l'état intellectuel. Elle reconnaît les personnes et a des souvenirs plus précis, mais déraisonne encore beaucoup, pleure et se lamente.

11 mai. — La malade est mieux ce matin. La nuit a été plus calme, elle a moins parlé et ce matin elle a demandé deux fois le bassin pour uriner. Elle a bien reconnu les personnes présentes et elle rabâche moins les mots qui la frappent.

12 mai. — Ce matin la malade est beaucoup mieux. Elle reconnaît tout le monde, commence à ressaisir tous ses souvenirs et ne déraisonne plus que par instants. Elle demande le bassin. Elle s'est levée et a été dans la salle commune. La plaie est en très bon état.

13 mai. — L'amélioration continue. Encore quelques troubles cérébraux. La malade a l'air triste, abattu, fatigué, mais elle parle beaucoup moins et est plus calme.

14 mai. — La malade va tout-à-fait bien. Elle se lève, va se promener dans la salle. Elle ne crie plus et ne parle plus pendant la nuit. Ses discours sont sensés, il n'y a plus que quelque bizarrerie d'idées et de langage.

15 mai. — La malade est remise dans la salle commune. État général parfait. Elle se souvient un peu de ce qui s'est passé depuis son opération, se lève, va et vient. Cicatrice en très bon état.

La tumeur remonte exactement jusqu'à l'ombilic, elle semble avoir diminué. Le ventre est bien moins tendu qu'avant.

Sort en très bon état le 29 mai.

Revue le 10 juin. — Le ventre a diminué fortement. La tumeur est rétractée dans tous ses diamètres. Elle descend maintenant à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La malade s'en aperçoit si bien qu'elle est chaque jour obligée de serrer la boucle de sa ceinture hypogastrique.

État mental bon, sauf encore un peu de lenteur et de bizarrerie dans les idées.

OBSERVATION II

Extirpation de trois myomes sous-péritonéaux et d'un pyosalpinx.

Marie B..., salle Huguier, lit n° 4.

Entrée le 1^{er} avril 1890. Trente-huit ans. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Bonne santé antérieure.

Le début de l'affection remonte à cinq ans. Douleur surtout prédominante à gauche. Après avoir traîné longtemps, la malade entre à l'hôpital dans un état lamentable. Elle est amaigrie et se plaint sans cesse.

En palpant le ventre on sent immédiatement une tumeur volumineuse, dure, remontant presque jusqu'à l'ombilic, sans apparence de fluctuation. Par le toucher on constate que l'utérus, augmenté dans sa totalité, est profondément enclavé dans le bassin, tout-à-fait immobile et remplit complètement l'excavation.

La malade accuse de très vives douleurs le long du sciatique gauche, douleurs qui ne sont calmées que par la morphine, et elle présente en outre des phénomènes fébriles qui font penser à un foyer de névrite du plexus sacré développé au voisinage des annexes malades.

Pendant un mois environ la malade reste en observation.

Elle souffre énormément, se plaint sans cesse, crie surtout à cause de ses douleurs sciatiques. Elle est, il est vrai, assez surexcitable et quelque peu névropathe.

18 avril. — Opération : faite par M. Le Dentu. Incision sur la ligne médiane d'au moins dix centimètres qu'on a ensuite agrandie jusqu'à l'ombilic.

Le péritoine ouvert, on aperçoit la tumeur rouge, bosselée, dure, ayant tous les aspects d'un fibro-myome. On se met immédiatement à la recherche des annexes malades du côté gauche. Après avoir déchiré plusieurs adhérences très fortes avec le rectum et la paroi postérieure du bassin, sans pouvoir trouver place dans l'ovaire, M. le professeur Le Dentu ouvre avec les doigts une poche purulente pas considérable située dans la profondeur du petit bassin, presque sur le coccyx. Un peu de pus s'échappe dans la cavité abdominale. Les adhérences étant détruites en ce point et la cavité bien nettoyée avec des éponges on procède à l'énucléation de trois myomes sous péritonéaux. Après avoir incisé une couche de tissu utérin de un à deux millimètres d'épaisseur, on tombe sur les myomes blanchâtres, résistants, facilement énucléables. Ils pèsent ensemble 260 grammes.

Les cavités qui renfermaient ces myomes saignent assez abondamment. Elles sont alors complètement oblitérées par des sutures au catgut, sutures massives en crénaux, en plein tissu utérin, puis sutures en surjet par dessus. Les trois cavités sont oblitérées de la même façon et les sutures abandonnées dans le ventre.

L'opération durant déjà depuis près de deux heures, l'ovaire droit, d'ailleurs sain, est laissée en place. Lavage du péritoine à l'eau bouillie.

Un drain est placé jusque dans la partie la plus profonde de la poche et sort par l'angle inférieur de la plaie. Comme il y a un suintement sanguin assez abondant, une mèche de gaze iodoformée est laissée à côté du drain jusque dans le cul-de-sac infé-

rieur. Suture en masse de la paroi au crin de Florence. Pansement iodoformé compressif.

Les suites opératoires ont été des plus simples, mais pendant les premiers jours la malade a présenté des phénomènes de véritable manie accentués surtout vers le cinquième jour. Le lendemain de l'opération elle s'est levée et on l'a trouvée assise dans le fauteuil.

Elle remue constamment, se couche sur le côté, sur le ventre, se lève debout sur son lit, s'arrange pour uriner au dehors du lit sans en descendre, bref se livre à toutes sortes de contorsions.

Son état mental est complètement bouleversé, elle crie toute la nuit, chante et dit des paroles incohérentes. A peine reconnaît-elle les gens, demande à s'en aller, etc.

A partir du cinquième jour ce trouble mental s'atténue un peu, tout en restant encore violent. Il est surtout impossible de la faire tenir au repos.

25 avril. — La malade remonte à la salle Huguier où on la met dans une chambre à part ; le bruit qu'elle fait troublant complètement la salle. Pendant le transport le drain et la mèche iodoformés sont expulsés et le lendemain on les retrouve dans le pansement.

La petite fistule qui tient la place du drain se ferme d'ailleurs en quelques jours.

29 avril. — Les fils sont enlevés. La malade commence à se calmer. Elle est beaucoup plus tranquille, crie et s'agite moins, reconnaît bien les gens, dit quelques paroles sensées.

Cet état va en s'améliorant de plus en plus, si bien qu'au quinzième jour la malade étant tout à fait tranquille est remise dans la salle commune.

Les douleurs du côté se sont beaucoup atténuées et finissent par disparaître à peu près complètement. L'état général est

excellent, la malade ne se plaint plus et a retrouvé l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Le 25 mai elle part pour le Vésinet complètement transformée.

OBSERVATION III

Arthrite tuberculeuse sternale. — Absès du médiastin. — Résection.

Ernest N..., comptable, 45 ans. Salle Cloquet, lit n° 55, entre le 8 mai 1886 à l'hôpital. Rien à noter dans les antécédents héréditaires et personnels. Un mois avant son entrée salle Cloquet il a été reçu dans le service de M. Vidal pour une tuméfaction siégeant au niveau de la première articulation sternale. Lorsque nous l'examinons, il porte au niveau de l'articulation de la première avec la seconde pièce du sternum une tumeur rouge, violacée, fluctuante, étalée, faisant corps avec la peau, douloureuse à la pression. Presque chaque jour le malade est pris de douleurs rétro-sternales, avec suppression, anxiété, irradiations dans l'épaule gauche et le bras, rappelant l'angine de poitrine, mais avec des symptômes atténués.

Deux jours après, incision de la tumeur, qui donne issue à une cuillerée de pus et montre une cavité tapissée de fongosités. Le foyer est gratté, lavé à l'eau phéniquée au 1/20 et pansé à l'iodoforme.

Trois semaines après la plaie n'est pas cicatrisée, le fond est tapissé de bourgeons œdémateux, et il persiste un trajet fistuleux, entouré de téguments décollés et violacés. Les accès douloureux persistent ; il n'y a pas de fièvre, mais l'état général du malade s'est considérablement affaibli ; il est très amaigri, a des sueurs nocturnes abondantes, une toux sèche, et on constate nettement

au sommet gauche du poumon, de la submatité, une respiration soufflante et des craquements.

L'état du malade s'aggravant de plus en plus en dépit de l'huile de foie de morue et des toniques une nouvelle opération est entreprise le 24 novembre.

Une incision cruciale sur le foyer met à découvert deux orifices où pénètre la sonde cannelée, ils sont l'un au-dessus de l'autre, distants de deux centimètres, et traversent l'un la partie supérieure de la seconde pièce du sternum, l'autre vraisemblablement la première articulation sternale, on les aggrandit à la gouge et au maillet, en faisant sauter le pont qui les sépare, et on met ainsi à découvert le périoste postérieur du sternum formant un plan fibreux résistant. L'opération semblait devoir être terminée, lorsque l'on aperçoit un orifice à travers ce périoste postérieur donnant passage à du pus qui vient du médiastin. L'orifice est agrandi et montre un foyer rétro-périostique, c'est-à-dire médiastinique. Pour le mettre à découvert dans toute son étendue, on résèque le sternum par fragments, à la gouge et au maillet, et on est amené ainsi à enlever successivement la moitié inférieure de la première pièce du sternum, et les deux tiers supérieurs de la seconde pièce; latéralement le deuxième cartilage costal gauche dans une étendue de deux centimètres et le deuxième cartilage droit dans une étendue de trois centimètres sont également réséqués. Toute cette surface recouvre une nappe purulente nettement limitée en avant par le périoste sternal intact, en arrière par les feuillets pleuraux et péricardiques très épaissis et indistincts. Les bords du foyer entourés d'une collerette de fongosités sont grattés à la curette. Les deux mammaires internes qui cheminent dans le foyer, entourées de fongosités, sont coupées. Une pince hémostatique est placée à demeure sur leurs deux bouts. Pansement ouvert à la gaze iodoformée et à l'ouate de bois.

Le lendemain, nous trouvons le malade ayant l'air un peu

hagard, une légère exophthalmie ; la voix est presque entièrement éteinte ; son état mental semble un peu altéré ; il répète ses mots. Cependant le pouls est bon, il n'y a pas d'affaiblissement de forces, pas de fièvre. Le lendemain l'état est le même, il a essayé plusieurs fois de se lever. Le pansement est renouvelé, les pinces hémostatiques enlevées. La plaie ne présente ni œdème, ni suppuration lorsque le malade est assis, on voit nettement le fond de la plaie soulevé par une saillie cylindrique animé de battements systoliques. L'examen attentif de la poitrine ne révèle aucun phénomène stéthoscopique particulier ni du côté du cœur dont les battements sont réguliers, sans aucun bruit surajouté, ni du côté du poumon.

27. — Le malade est atteint de manie complète, il parle constamment, prononce des mots sans suite, veut se lever. Lorsqu'on l'interroge sur sa santé il répond invariablement qu'il « mange bien, marche parfaitement bien. » Le même mot se répète ainsi dans sa conversation où il est parfois placé hors de propos, etc. Il dit qu'il a 28 ans, qu'il est depuis dix-neuf ans dans le service. On ne constate aucun trouble moteur ni sensoriel. Si on veut le faire lire il prononce les deux premiers mots, puis il continue d'une façon incohérente. Si on lui dit d'écrire il trace le mot *je* puis une série indéfinie de jambages.

Le même état persiste les jours suivants.

8 décembre. — Le malade a plus de lucidité, il a conscience de son état, dit lui-même que ses idées se troublent par instant et que les mots lui manquent. Il lui est toujours impossible de retrouver son âge.

Les pansements qui sont renouvelés tous les deux jours montrent une plaie un peu pâle, mais granuleuse, avec une suppuration modérée ; elle a diminué notablement de profondeur et d'étendue. Pas de fièvre.

10. — L'intelligence est entièrement revenue, le malade se rap-

pelle à présent son état antérieur et a parfaitement conscience de l'état cérébral qu'il a présenté.

1^{er} janvier. — La cicatrisation marche régulièrement ; la plaie opératoire s'est revêtue de plus de moitié.

OBSERVATION IV

Amputation de cuisse pour tumeur chez une femme de 73 ans. Troubles mentaux (par E. Leflaive, ancien interne des Hôpitaux).

La nommée L. Virginie, âgée de 73 ans, entra à l'hôpital Beaujon le 27 août 1885 (salle Sainte-Clotilde, n° 18). Cette femme qui ne paraît pas trop affaiblie par l'âge, présente au milieu de la face interne du tibia gauche une tumeur oblongue plus grosse que le poing, peu mobile, adhérente à l'os, commençant à s'ulcérer. Les ganglions inguinaux sont intacts. Le diagnostic unanime est : Ostéosarcome périostal.

Etant donnés d'une part l'âge de la malade, d'autre part la marche lente de la tumeur, M. Schwartz, qui remplace M. L. Labbé, se décide à une simple extirpation. On fait disparaître la tumeur et les parties adjacentes à l'aide de pâte de Canquoin (19 septembre). En peu de jours la tumeur se détache ; des fragments d'os s'éliminent aussi et la cicatrisation se fait bien. La température atteint à peine 38° du 19 au 25 septembre sans dépasser ce chiffre.

Mais bientôt de gros bourgeons de nature inquiétante se montrent ; ils sont détruits par de nouvelles flèches. L'état général reste satisfaisant.

Vers le milieu de novembre les bourgeons reparaissent encore ; la malade se plaint de vives douleurs dans sa jambe et a un peu de fièvre (maximum 38°,5 le 29 novembre).

M. Labbé hésitait à pratiquer l'amputation de la cuisse à cause

de l'âge de la malade. Mais celle-ci suppliait qu'on voulût bien lui faire une opération radicale. Devant ses supplications et devant les instances des élèves du service, M. Labbé voulut bien conclure à l'opération et me la confier.

Je fis donc le 2 décembre l'amputation de la cuisse par la méthode circulaire au niveau du tiers inférieur, les ganglions inguinaux paraissaient toujours intacts; la malade ne semblait pas athéromateuse et son état général était toujours satisfaisant. Rien à signaler dans ses antécédents, pas de signes d'alcoolisme.

L'opération se fit sans incidents; l'artère fémorale paraissait en bon état. On fit deux points de suture profonde, une rangée de sutures superficielles et l'on mit trois drains de caoutchouc. Pansement avec gaze iodoformée et ouate de bois au sublimé.

Les deux points de suture profonds furent enlevés au bout de deux jours; ils avaient produit de petites eschares superficielles et au-dessous de celles-ci de petits abcès. Bien qu'à partir du 6 décembre la malade ait plusieurs fois dérangé et même défait son pansement, la réunion par première intention fut obtenue partout, sauf aux deux angles où l'on avait mis des drains. Il n'y eut de suppuration persistante (moins de trois semaines) et peu abondante qu'au niveau des eschares dues aux points de suture profonds. La cicatrisation était complète à la fin de décembre et la malade put quitter l'hôpital bien guérie au point de vue chirurgical le 31 décembre. Mais malgré un état général satisfaisant, un appétit excellent, un sommeil très bon, la malade fut prise d'agitation dès le 6 décembre. Ce trouble alla grandissant les jours suivants et devint un délire complet le 11.

Tout d'abord le trouble des idées ne fut pas continu, mais les moments de raison devinrent de plus en plus rares. Son faciès n'était pas modifié.

Elle demandait à s'en aller, se plaignait de ce que son gendre

n'était pas venu la chercher ; par moments elle croyait l'apercevoir et l'appelait. Elle reconnaissait tout le monde et répondait assez sensément aux questions qu'on lui posait. Elle se plaignait seulement de mauvais traitements et portait constamment la main à son pansement qu'elle réussit plusieurs fois à défaire.

A partir du 11, elle devint gâteuse ; son appétit resta toujours bon. Le pouls était toujours entre 100 et 120, avec une température plutôt basse. Vers le 21 sa loquacité était extrême et son délire aussi complet que possible. On ne constate aucun autre trouble du système nerveux. Le 24 elle présentait au sacrum une eschare peu grave.

Dans les derniers jours de décembre son état intellectuel s'améliora quelque peu. Elle retourna dans sa famille le 31 décembre 1885.

J'eus de ses nouvelles le 27 janvier 1886. Notre malade allait bien physiquement ; au point de vue mental il y avait amélioration notable, mais non guérison complète.

OBSERVATION V

Fracture du crâne. — Trépanation. — Délire maniaque. — Salle Malgaigne, lit n° 30.

Casimir B..., âgé de 30 ans, chevrier, entre le 5 octobre 1890, à l'hôpital, avec une fracture du crâne dans la région pariétale, compliquée de plaie et d'enfoncement ; étant en chemin de fer il avait sorti la tête au dehors à l'entrée d'un tunnel.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital il n'y a aucun trouble de motilité ni de sensibilité appréciable.

L'agitation se manifeste surtout par des cris et des injures proférés dans sa langue natale (Gascogne), le malade parlant

cependant bien le français. Mouvements dans le lit, surtout quand on essaie de l'examiner.

Pouls de consistance normale, 102 pulsations à la minute. Pas de fièvre. Le malade n'a pas uriné depuis la veille.

Il n'y a aucune lésion sur tout le corps.

Le 6 octobre. — L'agitation ne s'est pas arrêtée depuis la veille et a même augmenté pendant la nuit. A la rétention d'urine a succédé de l'incontinence.

Il n'y a pas davantage de troubles de motilité et de sensibilité. Toutefois pour remédier à l'excitation cérébrale on décide de poser une ou plusieurs couronnes de trépan.

L'opération se fait sous le chloroforme et consiste à évacuer un vaste foyer sanguin ayant décollé la dure-mère au niveau de l'écaille du temporal et de l'étage antérieur du crâne.

Le 7 octobre. — L'agitation qui avait paru avant l'emploi de tous pansements iodoformés un moment calmée par l'opération continue.

Le pouls est ample, régulier. La peau est fraîche. L'état du malade semble amélioré; quand on l'interroge il répond. Bromure de potassium, 4 grammes.

Il ne paraît y avoir eu aucune complication du côté du pansement et de la plaie. Pas d'hémorrhagie.

Le 8 octobre. — L'agitation augmente d'intensité. Aucun accident n'est survenu depuis l'opération.

Le 10 octobre. — Même agitation. Le malade a défait son pansement, on le renouvelle en enlevant un drain. Camisole de force; 4 grammes bromure de potassium. Injection de morphine. Extrait thébaïque.

Le 12 octobre. — Le malade a encore réussi à retirer son pansement. On le renouvelle en retirant encore un drain. On retire quelques crins de Florence. Il n'y a pas de pus. La plaie est déjà presque entièrement cicatrisée. L'agitation persiste.

Le 18 octobre. — Nouveau pansement, on retire le dernier petit drain et le dernier crin de Florence.

Le 20 octobre. — La plaie du cuir chevelu est entièrement cicatrisée. La peau est légèrement soulevée par les battements du cerveau. Il n'y a aucun phénomène de paralysie tant sensitive que motrice.

Le malade a un excellent état général, toutes ses fonctions se font normalement.

Mictions normales. Urines normales.

L'agitation nocturne persiste. Le malade crie, au point d'empêcher de dormir les malades de la salle ; il n'admet personne auprès de lui. Lorsqu'il est à peu près calmé ses paroles consistent en souvenirs de son métier et de son pays ; quand il est très agité il profère des menaces.

On laisse sur la tête un pansement ouaté pour protéger la cicatrice. On continue le bromure de potassium, on ajoute de l'extrait thébâïque.

Le 25 octobre. — Le même état persiste ; mais à l'agitation nocturne, il faut ajouter des crises diurnes auxquelles on a pu assister quelquefois pendant la visite. Le malade est toujours maintenu par la camisole de force.

Le 30 octobre. — Comme on n'a fait aucun progrès du côté de l'état mental on essaie de faire promener dans le jardin le malade sous la surveillance d'un gardien.

Le 31 octobre. — Le malade a passé une nuit très calme sans avoir pris aucun médicament.

Le 5 novembre. — Grande amélioration de son état mental. Le malade essaie de se sauver de l'hôpital, toutefois en le raisonnant on obtient de lui d'être très calme. Les nuits sont toutes bonnes sans emploi de narcotiques.

Le 10 novembre. — L'état mental du malade est à peu près normal : il cause facilement et avec raison, il aide au service et à

son état irritable a succédé un caractère doux et obéissant. On constate qu'il est intelligent.

Il quitte l'hôpital tout à fait guéri.

OBSERVATION VI

M^{lle} O..., hystérique nymphomane, âgée de 39 ans, entra à Saint-Louis en avril 1887.

Elle portait une tumeur abdominale dont on enleva les annexes dans le but d'obtenir quelque influence sur le système nerveux.

L'ovaire gauche était malade et la trompe portait un kyste du volume d'une petite orange. L'opération était donc justifiée.

Le résultat fut loin d'être celui qu'on espérait : quatre ou cinq jours après l'opération, la malade fut prise d'un délire maniaque très accusé qui dura près d'un mois et demi. M. Le Dentu eut un jour la pensée de changer la malade de milieu en la transférant chez elle, et deux jours après elle était guérie.

Depuis cette époque, elle est restée bien portante, son moral est excellent, et elle ne garde plus du côté du système nerveux qu'un certain besoin de déplacement et du côté de l'abdomen des douleurs qui reviennent par intervalles.

OBSERVATION VII

Femme opérée en province par (Meung) le professeur Le Dentu, le 9 octobre 1890.

Cette femme avait une anurie calculuse absolue, depuis cinq jours. On constata un calcul dans l'uretère siégeant à 5 ou 6 centimètres du bassin. Le rein incisé, je fis remonter le calcul et je pus l'extraire par la plaie rénale. Actuellement la malade est en

bonne voie et urine par sa plaie et par l'urètre ; mais à partir du quatrième jour s'est montré un délire d'excitation caractérisé par une grande agitation verbale ; la malade parlait constamment, invectivait les personnes présentes. Cette femme a eu à certains moments de la fièvre pouvant être expliquée par l'état local, d'autres fois l'état local étant excellent, en présence des frissons et de l'élévation de température qui atteignait 39° et 39°,5, le médecin traitant songea à des accès de fièvre urinaire. Le délire avait quelques rares interruptions ; les paroxysmes correspondaient à l'élévation de la température. Depuis, loin de se relever, elle est morte sans que le délire l'ait abandonnée. A l'autopsie on trouva le rein qui avait été incisé complètement atrophié et l'autre sclérosé au dernier point.

OBSERVATION VIII

Rapportée par M. Le Dentu dans la *médecine moderne* d'après ses souvenirs d'internat.

Le malade était entré (1865) dans le service de M. Richet pour une fracture de la clavicule. On lui appliqua un appareil et 10 minutes après il fut pris d'un délire loquace et violent très caractérisé. « Je crois me rappeler, dit M. Le Dentu, que dès le lendemain il était guéri. » L'enquête faite avec le plus grand soin permit d'éliminer absolument toute idée d'alcoolisme.

OBSERVATION IX

Auguste L..., 61 ans, homme de peine. Cure radicale de hernie.

Cet homme avait déjà été enfermé deux fois pour manie. En

1887 une opération lui fut faite par M. Le Dentu, opération qui consista dans la cure radicale d'une hernie inguinale gauche irréductible.

Pansement à l'iodoforme de la plaie linéaire superficielle. L'opération eut les suites locales les plus simples, mais peu à peu il y eut affaiblissement de la mémoire, quelque peu de tremblement de la langue, d'hésitation de la parole ; son trouble psychique fut caractérisé par l'affaiblissement de toutes les facultés. Quelques idées mégalomaniques d'un caractère niais. Il n'eut jamais de fièvre ni de septicémie.

OBSERVATION X

Homme de 45 ans à qui l'on fit un redressement de la hanche pour coxalgie.

Ce malade eut un délire hypémaniaque pendant plus d'un mois. Après avoir pris des renseignements complets on eut la certitude qu'il n'y avait pas chez lui d'alcoolisme ; on ne put découvrir d'antécédents névropathiques héréditaires.

OBSERVATION XI

Homme de 65 ans, à qui M. Le Dentu fit l'incision d'une vaginalité chronique.

Il guérit rapidement mais fut atteint d'une affection mentale caractérisée par l'affaiblissement de l'intelligence, sans trouble dans la faculté d'articulation des mots, avec de l'insomnie et une certaine instabilité. Pas de contractions fibrillaires, pleure facilement sans raison apparente.

De retour dans son pays son état mental s'améliora.

OBSERVATION XII

Femme jeune, vigoureuse, bonne santé, à laquelle M. Le Dentu fit une résection de presque tout le maxillaire inférieur pour un ostéome volumineux.

L'opération s'exécuta dans d'excellentes conditions, on put même faire la suture de la muqueuse ; la malade sans fièvre, sans complications d'aucune sorte, souffrant seulement de céphalalgie, tomba dans une dépression profonde, refusa de s'alimenter et finit par succomber, contre toute prévision, au bout de onze jours.

Ici, non plus, rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou personnels.

OBSERVATION XIII

Résection cunéiforme du fémur.

Jeune fille un peu nerveuse, mais non hystérique, sans antécédents héréditaires.

Le professeur Le Dentu pratiqua il y a un an et demi une résection cunéiforme du fémur pour une anklyose vicieuse consécutive à une coxalgie. Le résultat opératoire fut excellent, mais le quatrième jour il survint un délire caractérisé par une agitation extraordinaire, avec cris, vociférations, plaintes bruyantes.

La réunion par première intention eut lieu en douze jours, et cependant, chose étonnante, elle eut de la fièvre (38°), température que rien du côté de la plaie ne pouvait expliquer. La malade fut envoyée à Sainte-Anne et revint guérie au bout d'un mois.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE.

Avant de rechercher quelles sont les origines du délire post-opératoire et quelle doit être sa thérapeutique essayons au moyen des observations qui précèdent de le bien décrire en lui-même.

Si nous ne considérons que les douze cas de la pratique de M. Le Dentu qui font l'objet de cette thèse, nous remarquons tout d'abord que le délire a eu un aspect bien différent dans chaque cas particulier. Cependant si nous cherchons un rapport de similitude ou de dissemblance qui nous serve à établir une classification quelconque, nous voyons que les uns se font remarquer par une agitation plus ou moins grande, les autres, au contraire, par de la dépression intellectuelle et physique. Arrêtons-nous d'abord à la première de ces deux formes : parler d'un délire d'agitation, c'est éveiller l'idée d'un délire de maniaque, qui est certainement le trouble mental le plus facile à décrire. Le maniaque en plein accès est le fou tel que la littérature et l'art, ou notre imagination même nous le représente : les vêtements en désordre, l'œil hagard, son expression de physionomie est celle d'un homme hors de lui, sans que l'on puisse démêler quel est l'objet imaginaire de cette surexcitation portée à son paroxysme. Si son regard paraît exprimer l'effroi et l'étonnement ce n'est que pendant l'es-

pace d'une seconde, car c'est une expression dure, agressive, furieuse même, qui est la plus habituelle. Les gestes sont d'une grande violence, très désordonnés et, pas plus que le regard, ne paraissent être l'expression juste de sentiments précis. Les mouvements se font au moyen de contractions musculaires très brusques, mais non sans assurance. S'il est couché, il saute sur son lit sans crainte de se blesser en retombant contre les montants du lit, la chemise de force peut seule le préserver. Ses manifestations verbales présentent les mêmes caractères ; des cris seuls interrompent parfois le flot de paroles qu'il prononce d'une voix forte avec une volubilité extraordinaire ; les idées n'ont entre elles aucune association, les mêmes mots se répètent souvent et parfois aussi une consonnance en appelle une autre semblable. C'est la seule règle qui semble parfois le guider dans cette avalanche de mots et de membres de phrases sans suite. La langue est sèche, la voix ne tarde pas à devenir rauque et cassée. Le pouls est rapide, en rapport d'ailleurs avec les mouvements. La température reste habituellement normale. L'insensibilité est complète. Captiver son attention, obtenir une réponse de lui n'est pas possible. L'anorexie est absolue.

Incohérence et agitation, tels sont les caractères de ce délire.

Certes l'accès maniaque a ses degrés et même dans les asiles on ne le retrouve pas toujours avec cette intensité aussi fréquemment qu'on pourrait le croire. Il en a été de même dans nos observations ; cependant chez huit de nos malades les symptômes nous ont paru assez accentués pour mériter dans toute son exactitude l'expression de

délire maniaque. En nous reportant à nos observations on retrouvera cette loquacité excessive, cette incohérence absolue, où l'on ne peut trouver trace d'idées prédominantes, cette absence de tremblement, ce délire où les hallucinations terrifiantes ou autres ne paraissent pas jouer un rôle prépondérant, toutes choses qui excluent le lypémaniaque, le persécuté ou l'alcoolique. Ernest P. « déraisonne toute la journée, crie et se plaint » le trépané « ne cesse de crier, d'injurier, de défaire son pansement malgré sa *camisole de force*. » Huit de nos observations (I, II, IV, V, VI, VII, VIII, XIII,) doivent rentrer dans cette même catégorie; la sixième mérite aussi d'y être classée, bien que mademoiselle O... soit hystérique, car l'association de la manie à l'hystérie est, on le sait, des plus fréquentes.

La deuxième forme nous paraît bien mériter le nom de délire calme ou dépressif que lui donne M. Le Dentu (article de la *médecine moderne*) ou encore le nom de mélancolie en laissant à ce mot sa signification un peu vague.

Chez tous la dépression était la caractéristique du délire : l'expression de la physionomie était la tristesse et l'accablement, la tendance au mutisme était généralement marquée et quand on leur arrachait quelques paroles c'était pour exprimer des idées de découragement : ils ne guériraient jamais, ils avaient la certitude de leur mort prochaine ; ou bien on ne pouvait pas leur faire dire pourquoi ils étaient tristes. Leurs mouvements lents, parfois même leur immobilité, faisaient un réel contraste entre eux et les malades que nous avons décrit précédemment et leur faisait bien mériter à tous l'épithète de déprimés.

En outre de cette dépression qui a été le caractère

commun de cinq de nos treize malades, chacun d'eux a présenté dans le caractère général du délire une différence d'aspect qu'il est intéressant de noter : Le malade âgé de 61 ans (Obs. IX), qui avait autrefois été enfermé pour manie, a présenté des troubles psychiques assez analogues à ceux de la paralysie générale; le vieillard athéromateux (Obs. XI) semble très comparable à un dément sénile; l'opérée femme X... (Obs. XII) peut faire songer à l'intoxication iodoformique. En somme dans notre statistique nous avons huit délires d'excitation sur treize.

Voyons si les auteurs ont aussi signalés comme plus fréquents les cas rentrant dans la première catégorie.

Dupuytren a surtout rencontré et décrit le délire d'agitation, puisque la liste de ses six cas ne contient qu'un cas de délire dépressif. Dans notre statistique aussi, d'ailleurs, la forme maniaque est plus fréquente.

Gaillard Thomas cite vingt-six cas qui se décomposent ainsi : seize de manie, huit de mélancolie, plus un hypochondriaque et un cas où le caractère du délire n'a pas été signalé. Cet auteur a lui aussi divisé les types observés en deux principaux : Manie aiguë qu'il décrit comme un délire maniaque de moyenne intensité et mélancolie aiguë qu'il dépeint comme un délire triste, avec crainte de la mort, idées hypochondriaques, léger degré d'anxiété.

La thèse de Denis, thèse d'un aliéniste, nous fournit sur vingt observations un total de neuf manies aiguës et six délires calmes.

Chez nos treize malades nous voyons la température ne pas s'élever sensiblement ce qui concorde avec les constatations des auteurs, sauf cependant dans deux cas où elle

oscille quelques jours entre 38° et 39°. Il a été impossible de rattacher ce symptôme à une cause quelconque.

Un autre fait, digne de remarque, est la production d'escharres chez une de nos malades. Elle prouve combien l'affection nerveuse s'était généralisée, mais ce qui doit attirer notre attention c'est la guérison de ce malade malgré ce grave symptôme. Dans les observations des auteurs nous n'avons trouvé des escharres que comme phénomènes ultimes précédant la mort de fort près.

Enfin, autre symptôme qui n'a pas été signalé, le malade qui fait l'objet de l'observation III, nous a paru, comme on peut s'assurer en relisant les lignes qui le concernent, présenter quelque peu d'aphasie et d'agraphie. L'incohérence paraissait à certains moments provenir de l'amnésie verbale.

Epoque d'apparition. — Nous voyons dans nos observations que le délire n'atteint pas d'emblée toute son acuité.

Dupuytren décrit les symptômes prémonitoires du délire nerveux; mais dans plusieurs cas, l'a vu éclater soudainement.

G. Thomas dit : « La manie aiguë observée dans ces cas est une aberration intellectuelle, soudaine, fixe et violente, survenant généralement après un léger degré de mélancolie. »

Dans nos cas nous voyons le délire éclater du deuxième au cinquième jour.

Parmi les vingt observations qui se trouvent citées dans la thèse de Denis. Nous ne trouvons que deux exemples de délire ayant apparu immédiatement après l'opération. Parmi les sept observations de Dupuytren une seule nous

permet de constater une apparition aussi subite; pour toutes nos observations c'est du deuxième au cinquième jour qu'elle a lieu.

Les formes retardées que nous n'avons pas nous-mêmes observées se retrouvent un peu plus fréquentes dans les auteurs: les trois cas d'Eillebrown ont débuté trois et quatre mois après l'opération; dans les six cas de Werth, deux ont éclaté après guérison complète de l'opération, deux autres deux et trois semaines après l'opération même. En somme, grande variabilité dans l'époque d'apparition du trouble mental.

Durée, terminaison. — Dans nos observations nous faisons au point de vue de la durée et de la terminaison de nos délires, les constatations suivantes: Deux cas de mort, l'un au bout de onze jours, l'autre au bout de trois mois, sans disparition de trouble mental. Chez un vieillard on n'a obtenu qu'une amélioration. Quatre ont duré un à deux mois, les autres (cinq sur douze ou sur treize, en comptant l'observation de M. Leflaive), n'ont duré que quinze jours au plus et se sont terminés par la guérison. Ainsi, dans notre série de faits, nous ne trouvons pas de délire resté chronique, si ce n'est celui du vieillard athéromateux tombé en démence, mais nous trouvons deux cas de mort. Au point de vue de la vie comme au point de vue de la durée du délire, nous constatons que nous sommes en concordance avec les cas figurant dans les divers auteurs.

En les réunissant les uns et les autres (Dupuytren, Denis, G. Thomas, Eillebrown, etc.), nous arrivons au résultat suivant:

62 cas	{	5 incurables, ou chroniques, ou ayant duré de
		une à plusieurs années.
		13 ayant duré un à deux mois.
		33 ayant duré moins de un mois.
		11 morts.

plus :

6 cas	{	à durée inconnue, mais à terminaison non mor-
		telles (ce qui donne toujours 68 cas, 11 morts).

Le délire post-opératoire est donc parfois mortel, rarement chronique et le plus souvent bénin.

Diagnostic. — Nous pouvons constater déjà que le délire post-opératoire n'a rien de pathognomonique, mais nous reviendrons plus loin sur cette question.

Nous ne croyons pas avoir besoin à la fin de ce chapitre de nous excuser d'avoir confondu à dessein le délire et la folie post-opératoire. Quelle différence peut-il y avoir entre les deux ? Une différence de durée seulement. Or, nous venons de voir qu'elle est des plus variables. Quand y aura-t-il folie ? Au huitième jour ou au trentième, au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années ? Pour établir une distinction radicale de nature et non de degré d'après un seul caractère, la durée, au moins faudrait-il que ce caractère soit fixe.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE.

Essayons maintenant que nous connaissons la physionomie des troubles psychiques pouvant survenir chez les opérés de nous rendre compte des causes qui l'ont fait naître.

Tout d'abord nous nous demanderons si ce n'est pas par une simple coïncidence que le délire a suivi de près l'opération.

Cette objection ne nous arrêtera pas longtemps; nous avons pour y répondre l'argument qui pour n'être pas mathématique n'en a pas moins en clinique une valeur toujours reconnue: une coïncidence par trop fréquente finit par déceler entre deux faits un rapport étroit, et l'on est bien forcé de comprendre qu'ils sont rendus connexes par autre chose que le simple hasard: c'est ainsi que l'abaissement de la température suit généralement l'administration de la quinine.

Quand M. le professeur Le Dentu observa en 1865 son premier fait de délire survenant après une opération il ne pouvait affirmer qu'il n'y eut pas la simple coïncidence; mais sa pratique ultérieure lui montrant des cas semblables, l'amena, suivant toutes les lois de la logique, à grouper ensemble ces faits identiques pour les rapporter à une même cause.

On peut voir par notre historique que le nombre des observations publiées commence à devenir assez considérable, mais on peut tenir pour certain que notre chiffre est au-dessous de la vérité. Il semble, en effet, qu'on ne puisse parler d'un cas de délire post-opératoire devant un chirurgien sans qu'aussitôt il ne vous en cite un autre.

C'est ainsi que Graube lisant à la Société Gynécologique de Berlin un mémoire portant sur un seul cas, divers chirurgiens, dans la discussion qui suit, citent immédiatement six autres cas tirés de leurs propres souvenirs.

De même à New-York, à peine G. Thomas a-t-il communiqué les cas qui lui sont personnels qu'une dizaine de chirurgiens en rapportent douze nouveaux.

Denis constate au moyen de deux statistiques que le nombre des cas de folie post-opératoire est de 2,5 pour 100, tandis que dans la population prise en bloc il n'est que de 1 pour 1000. Ces chiffres ont leur valeur, mais il faut se souvenir qu'une population de malades (opérés ou non) contiendra toujours une proportion plus grande de cas de folie.

Nous venons donc d'établir que l'opération est cause de délire. Parmi les nombreux éléments qui la constituent quel est celui qui a une action efficace ?

Est-ce l'anesthésie au *chloroforme* et à l'*éther* ?

Dans nos observations nous ne voyons rien qui plaide pour ou contre cette interprétation. Le mémoire de Savage nous éclaire à ce sujet. Il cite un cas où le délire est survenu après un simple examen :

Obs. — Le malade a des antécédents héréditaires très nets ; lui-même est alcoolique. Il entre à l'hôpital de Bethléem en état de manie aiguë très violente ; dans son accès il se blesse à la main ; il se développe un phlegmon qui amène la cessation de délire. On le chloroforme pour examiner sa blessure, explosion d'un accès identique à celui qui existait avant l'accident ; on enlève le chloroforme, il redevient sensé ; la guérison du phlegmon amène une rechute de folie. Il finit plus tard par guérir.

Cette observation sur laquelle nous aurons à revenir prouve que le chloroforme peut être un agent provocateur du délire.

La deuxième observation de Savage est moins concluante.

La troisième concerne un homme instruit (clergyman), d'antécédents inconnus qui après une anesthésie à l'éther (opération pour cancer du rectum) resta hébété comme un dément stupide pendant plusieurs jours et recouvra tout d'un coup son intelligence qui était très vive.

Une autre observation est celle d'une jeune fille ayant des antécédents héréditaires, qui après une ablation du sein (chloroforme) devint irritable, puis présenta des symptômes de paralysie générale, qui finirent par causer sa mort. A l'autopsie lésion du cerveau et des méninges.

L'éther agit-il comme une cause plus puissante que le chloroforme ou inversement ? Nous n'avons aucune raison de le croire, d'autant plus que des cas de folie post-opératoire n'ont pas été signalés plus fréquemment au temps où l'éther était plus employé, et ils ne sont pas signalés particulièrement par les chirurgiens qui emploient habituellement l'éther.

Dans la thèse de Guinon l'influence du chloroforme sur l'ensemble du système nerveux est mise en évidence par quatre cas d'hystérie survenus par la seule influence du chloroforme.

Le chloroforme et l'éther agissent directement sur les centres nerveux comme le prouve l'ivresse anesthésique à laquelle pas un opéré n'échappe.

N'oublions pas dans notre énumération des anesthésiques le protoxyde d'azote au sujet duquel nous trouvons dans Savage une observation intéressante.

Obs. — Une femme avait de temps en temps des crises d'hystérie paraissant survenir sous l'influence de l'alcool, devint bientôt alcoolique chronique mais n'eut jamais de délirium trémens : c'était toujours des attaques d'hystérie. « Une nuit le docteur qui la traitait la trouva dans le délire, l'œil insensible, gâtant sous elle, faisant des mouvements désordonnés et parlant incessamment. Le matin elle s'était portée comme à l'ordinaire, mais elle était allée chez le dentiste se faire arracher quelques dents. Le protoxyde d'azote avait été employé pour anesthésier la malade et avait été bientôt suivi de l'explosion des accidents. Jamais elle ne recouvra sa raison et ne reconnut ses amis. La manie dura trois semaines et puis la malade tomba dans la démence où elle est encore, niaise et grasse.

Il faut remarquer dans ce cas l'instabilité nerveuse acquise, la manie délirante aiguë et la démence consécutive suivant de quelques heures l'emploi du protoxyde. »

Cocaïne. — Matison (*Medical Age*) a insisté sur des troubles psychiques survenus dans des cas de cocaïnisme aigu, il rapporte deux accès de manie aiguë ayant duré trois

heures. D'autres auteurs ont aussi observé des hallucinations et de la manie.

Reclus et Wal ont aussi observé du délire provoqué par une seule injection de cocaïne.

Ainsi ces divers anesthésiques peuvent dans certains cas produire ou contribuer à produire des délires post-opératoires, mais faut-il y voir leur cause unique ?

A cela nous répondrons que le délire consécutif aux opérations était observé avant la découverte du chloroforme, de l'éther, de la cocaïne ; nous ajouterons au sujet de la cocaïne que malgré sa tendance à produire des hallucinations elle ne serait guère plus dangereuse que le chloroforme d'après l'opinion de Reclus. 700 opérations faites au moyen de la cocaïne n'ont pas permis à ce chirurgien de constater un seul cas d'intoxication.

La morphine que l'on emploie parfois comme anesthésique, soit en injections sous-cutanées, soit à l'intérieur un peu avant l'opération, et qu'on administre encore après comme calmant, peut aussi avoir ses dangers. Cette efficacité de la morphine pour produire des phénomènes psychiques morbides a été bien mise en lumière, notamment par M. le professeur Ball.

Dans nos observations nous n'avons aucune raison d'incriminer la morphine, même dans un seul cas.

Le délire toxique consécutif aux opérations les plus fréquemment observé est certainement celui causé par l'*iodoforme*. L'intoxication due à ce médicament est facile à reconnaître.

La saveur d'*iodoforme* que les malades gardent dans la bouche, le goût de paille qu'ils trouvent aux aliments, les

nausées, le coryza, les éruptions cutanées jointes à un état d'alanguissement extrême, à une céphalalgie qui ne fait jamais défaut, donnent vite la certitude ; mais tous ces signes peuvent être plus ou moins masqués si le délire, symptôme très ordinaire dans l'intoxication iodoformique devient prédominant. Comme nous le lisons dans la thèse de Rossignol : « Ces troubles cérébraux simulent une affection mentale, qui est tantôt la mélancolie, tantôt la manie : les hallucinations dominent quelquefois la scène et peuvent même prendre un caractère terrifiant. M. Le Dentu, qui a constaté un des premiers les accidents dus à l'iodoforme et en a observé souvent, ne les a pas fait figurer dans la liste d'observations que nous avons reproduites, et dans l'observation XII seulement il admet que l'on pourrait discuter l'empoisonnement iodoformique. L'alanguissement extrême, l'anorexie, la céphalalgie, coïncident avec l'absence de la température, la fréquence du pouls pouvait y faire songer.

Particularité à noter : suivant une des conclusions de la thèse de Rossignol, l'iodoforme peut produire ses effets instantanément si son absorption est immédiate, ou bien s'accumuler, et ses effets se produisent à une date variable. Or, nos délires post-opératoires surviennent eux aussi à des dates indéterminées.

Mais il faudrait bien se garder d'affirmer que le délire post-opératoire est le délire iodoformique ; dans tous les cas de M. Le Dentu l'emploi de l'iodoforme a été constamment nul et insignifiant. Dans les cas de Werth, deux fois seulement ce médicament fut employé et avec la plus grande modération.

De plus dans les laparotomies on n'emploie que peu ou point l'iodoforme et c'est cependant après des laparotomies que s'observent le plus souvent les délires post-opératoires; la moitié environ des cas enregistrés sont survenus après les observations de ce genre.

L'impression morale aurait-elle plus d'efficacité que les causes toxiques? Les causes de cet ordre étant unanimement reconnues comme ayant une bonne part dans la production des affections cérébrales, nous ne citerons aucun fait, mais nous constaterons que la crainte d'une opération cause une appréhension vive à des gens même assez courageux. Que sera-ce chez un pussillanime, ou un mal équilibré?

Le cas d'Ahsfeld qui vit du délire survenir après un simple examen au spéculum a certainement tous les droits à être considéré comme d'origine purement émotive. Citons les deux rhinoplasties de Billroth suivies toutes deux d'un délire hypocondriaque; la mutilation due à l'opération sert ici de point de départ au délire.

Est-ce une *action nerveuse réflexe, un état de shock*. Le mot de shock ne serait pas justifié, mais nous accorderons à l'excitation nerveuse produite par l'opération même une importance toute particulière. Rappelons dans notre série d'observation celle de l'opéré pour un abcès sternal. Il y a eu des symptômes d'angine de poitrine, angoisse, exophtalmie trahissant la souffrance des nerfs, plexus et ganglions de la partie supérieure du thorax. Cette partie du système nerveux, dont l'importance est si grande en physiologie, n'a-t-elle pas pu transmettre au cerveau par une voie naturelle et directe une partie de son excitation?

Remarquons aussi chez une autre de nos malades cette névrite du plexus sacré qui a dû retentir sur les nerveux abdominaux. Croira-t-on impossible que le cerveau en ait reçu le contre-coup lorsqu'on connaît très bien ce fait toujours cité d'une branche sciatique prise dans une cicatrice ayant causé des attaques d'épilepsie généralisée ?

Est-il nécessaire de rappeler l'influence physiologique d'observation vulgaire que le cerveau exerce souvent par une simple émotion sur la miction et les sécrétions abdominales ?

Est-ce la *suppression d'organes importants* ?

Cette question se lie à la précédente, car les organes génitaux de la femme sont ceux dont l'ablation amène le plus souvent la complication dont nous faisons l'étude.

Or, on connaît leurs connexions étroites avec les plexus abdominaux.

En outre, non plus à cause de leurs rapports, mais en tant qu'organes riches en terminaisons nerveuses, ils sont le point de départ d'importants réflexes.

L'étude des délires post-opératoires semble le prouver une fois de plus ; la statistique personnelle du professeur Le Dentu ne contient, il est vrai, que trois opérations gynécologiques sur douze, c'est-à-dire le quart, mais comme il le fait remarquer, les opérations gynécologiques ne forment pas le quart des opérations qu'il pratique depuis ces dernières années. Nous ne pouvons nous abstenir de faire cette remarque, à savoir que l'étude bibliographique de cette question nous a sans cesse renvoyé à des publications de gynécologues : Werth, Villebrown, Gaillard Thomas, Pozzi, Gucci, etc.

Le professeur Le Dentu nous fournit à ce sujet le relevé suivant :

Opérations sur l'appareil génital de la femme :

- 14 ovariectomies
- 6 hystérectomies
- 4 castrations (une personnelle)
- 3 opérations sur le col
- 3 opérations indéterminées sur l'ovaire
- 2 opérations indéterminées sur l'appareil génital
- 1 mixte
- 3 périnéorraphies
- 2 myomectomies combinées avec la castration (personnelle)

Total : 38 cas.

Opérations diverses :

- 3 cataractes dont une par abaissement
- 1 énucléation de l'œil
- 2 rhinoplasties
- 1 kyste hydatique du rein
- 4 cancers du sein
- 2 kélomies
- 1 cure radicale de hernie (personnelle)
- 2 extirpations du rectum
- 1 opération d'hémorroïdes
- 1 varicocèle
- 1 vaginalite (hémorragique) p. c. (personnelle).
- 3 abcès par congestion
- 1 amputation de cuisse
- 1 opération sur la vessie
- 1 néphrolithotomie

1 résection du maxillaire inférieur (personnelle)

1 résection du fémur

1 résection du sternum (personnelle)

1 redressement de coxalgie (personnelle)

1 trépanation du crâne (personnelle)

Total 30 cas.

Donc près de la moitié des opérations ayant donné lieu au délire étaient des opérations portant sur l'appareil génital de la femme.

Il nous suffira de citer la discussion intéressante entre Dana, Sacks, Jacobi, sur les symptômes nerveux accompagnant les maladies des ovaires, l'étude que Glævecke (de Leipzig) a faite des modifications psychiques qu'entraîne la perte de l'ovaire et de l'utérus, enfin l'importance de la ménopause dans ces pathologies nerveuses et mentales pour que nous soyions dispensés d'insister beaucoup.

Est-ce *l'anémie cérébrale* due à une opération sanglante? Cette cause peut-elle aussi avoir sa part d'influence.

D'ailleurs une opération éprouve toujours l'organisme, et le cerveau participe à l'affaiblissement général.

Nous touchons ici à la partie intéressante de ce travail. Nous avons fait entrevoir comment il peut se faire que l'organe de la pensée soit fâcheusement impressionné par une opération ou par tout ce qui constitue son cortège.

Comme tous les opérés n'ont pas infailliblement du délire, nous sommes bien obligés d'admettre qu'il faut le concours de circonstances spéciales pour que l'opération ait pu amener une complication aussi grave.

Dans certains cas, par exemple, elle a pu n'être qu'une cause occasionnelle; la tendance au délire existant déjà

sous l'influence d'une cause prédisposante, telle que l'alcoolisme.

Alcoolisme. — Il nous est impossible de prouver si chez tel ou tel malade alcoolique l'ébranlement dû à l'opération a été suffisant pour provoquer le trouble psychique, même dans le cas où il n'y aurait pas eu l'alcoolisme. Cela est vrai. Mais nous pouvons avancer sans risquer d'être contredits que si l'alcoolisme est avéré il a dû jouer son rôle dans la production du trouble mental.

Si les antécédents du malade ne nous sont pas connus, nous pourrions ne pas nous apercevoir que nous avons affaire à un alcoolique, surtout si le délire, quoiqu'étant bien et dûment alcoolique, n'a pas sa forme classique. C'est précisément parce que le *delirium tremens* est fréquent après les opérations et traumatismes, qu'il ne faudra pas le confondre avec un délire post-opératoire non alcoolique. Le diagnostic est généralement facile : « Ce délire nerveux, dit Calmeil, ne présente pas le même ordre d'accroissement, la même incertitude de la voix, le tremblement des lèvres, le défaut complet d'équilibre qu'on remarque dans le *delirium tremens*. » Et Delasiauve dit en parlant de ces deux formes délirantes dit que : « Leur opposition même est flagrante. »

Nous croyons inutile d'insister sur les hallucinations à caractère terrifiant, et les autres particularités spéciales au délire des alcooliques, mais nous tenons à faire remarquer que dans nos observations il n'y a pas un seul alcoolique.

Morphinomanie. — Plus encore qu'un alcoolique un morphinomane sera apte à délirer sous l'influence occasionnelle

d'une opération. Il est presque aliéné quand il ne l'est pas tout-à-fait, son excitabilité est telle que le professeur Ball, le dit justement, il est « dans un état d'angoisse qui ne demande qu'à éclater à la première occasion. »

Autres intoxications chroniques. Toutes les maladies d'ordre toxique affectonnant le système nerveux créent au cerveau de ces malades une prédisposition que la moindre occasion peut faire naître : citons le saturnisme (folie saturnine) et mettons à dessein les intoxications rares.

Mal de Bright. — N'est-ce pas ici que nous devons mettre en ligne de compte l'empoisonnement spécial, dû à l'insuffisance urinaire? L'opéré du professeur Le Dentu (anurie calculeuse) a des urines rares, albumineuses, de l'hypothermie, l'opération fait constater la présence d'un calcul obstruant l'uretère. L'autopsie met en évidence la néphrite la plus avancée. N'est-ce pas là un délire urémique?

Dans l'observation de M. Mairet les urines, qui contiennent un peu d'albumine, des fragments de tubes épithéliaux sont plus que suspectes. Il est regrettable que l'autopsie n'ait pu avoir lieu. Mais nous avons bien des raisons de croire à un cas analogue au nôtre. Comme le fait remarquer le professeur Le Dentu, si on songe aux néphrites latentes sans albumine, on peut se dire que l'urémie est peut-être incriminée plus souvent qu'on ne le pense.

Cette même idée nous avait été inspirée par la fréquence des lésions rénales avancées que nous faisons journellement remarquer le professeur Pierret dans nos autopsies d'aliénés. Nous trouvons dans nos notes quelques traces de l'importance que notre maître attachait à cette cause de délire dans ses leçons cliniques. Chez une malade (Pegay) persé-

cutée, assez tranquille, il nous était arrivé de ne trouver comme symptômes principaux qu'un emphysème très marqué, quelques parésies des membres, de la dyspnée et un léger bruit présystolique ne méritant pas le nom de bruit de galop, pas d'albumine à un seul examen. L'agonie presque subite, un état de dyspnée très intense, avec du myosis, sans œdème, nous engagea à prendre par le cathétérisme de l'urine, qui cette fois se présenta, de l'albumine et des cylindres, que M. Pierret qualifia d'épithé-
liaux.

L'autopsie montra des reins contenant des poches purulentes d'un volume variant d'un pois à une grosse noix. Deux autres préparations microscopiques, provenant de deux autres malades, que nous présentâmes en même temps à notre chef de service furent trouvés contenir de semblables cylindres ; dans l'un des deux cas il n'y avait pas d'albumine, dans l'autre (scarlatine très ancienne persécutée, crampes, œdèmes) il y en avait et l'autopsie montra des reins blancs, une vessie hypertrophiée, ardoisée.

Nous trouvâmes aussi chez une hypochondriaque des globules de pus remplissant tout le champ du microscope, dans le dépôt, pas très considérable d'ailleurs, produit par les urines. Cette particularité ne fut pas observée longtemps et la malade qui n'eut pas de phénomènes de kyste parut s'améliorer au point de vue mental.

Ainsi dans un de ces cas l'absence d'albumine concordait avec la présence de cylindres épithéiaux, et l'autopsie démontra une néphrite avancée ; dans tous les trois le symptôme délire, voilait les autres symptômes de mal de Bright,

et le microscope seul pouvait nous fournir une indication. En présence de cette difficulté de diagnostiquer la néphrite chez un sujet qui délire, soyons réservé, songeons qu'elle peut exister à l'état latent. L'anesthésie à elle seule par la gêne circulatoire qu'elle provoque peut déterminer ou aggraver l'insuffisance urinaire.

Wilson n'a-t-il pas trouvé des cylindres après l'anesthésie chez les sujets qui en étaient indemnes auparavant ?

Pour si utile qu'il soit de reconnaître la fréquence de la néphrite n'oublions pas que dans nos observations l'urine a été examinée constamment et que l'albumine n'a été trouvée qu'une seule fois.

Similité athérome. — Chez un vieillard athéromateux, dont les cellules cérébrales mal irriguées sont nourries, sont déjà en voie de dégénérescence, sous l'influence d'une cause d'affaiblissement telle qu'une opération qui est en même temps une cause de congestion cérébrale ne pourrait-il pas par suite d'une insuffisance de ces cellules incapables de résister à une excitation un peu forte, se produire l'affaiblissement intellectuel caractéristique de la démence sénile ? L'observation XI semble le prouver.

Traumatismes cérébraux. — « Lasègne a dit que les sujets « ayant eu des traumatismes cérébraux en gardent souvent « des traces à peine évidentes mais susceptibles de réappa-
« raître de loin en loin ; suivant son expression ce sont des « cérébraux. »

Christian qui a étudié les troubles cérébraux d'origine traumatique constate que les chutes d'un lieu élevé donnent le plus grand nombre d'accidents arrivé à la même conclusion. Un excès, une cause quelconque de fatigue pour le

cerveau, peut amener le retour d'une nouvelle poussée de pachiméningite traumatique chronique ou même latente.

Hystérie, épilepsie. — Ces affections dans lesquelles le délire n'est pas rare sont bien à leur place dans cette énumération, comme en font foi les observations de Guinon qui attribue dans quatre des cas qu'il cite à la seule anesthésie, l'explosion ou le réveil des manifestations hystériques, hystéro-traumatis se lit à cette question.

Hérédité. — Celui que les lois capricieuses de l'hérédité auront doté d'un cerveau peu résistant aux causes provocatrices du délire, risquera fort d'être facilement influencé par une opération. La facilité d'apparition du délire des héréditaires est comme son extrême mobilité un de ses principaux caractères. Il est reconnu que cette catégorie de sujets est plus sensible aux toxiques, à l'alcool par exemple, par conséquent il y a là une cause prédisposante que l'on peut assez souvent arriver à connaître. Nos observations contiennent un héréditaire; dans les auteurs nous en trouvons une proportion bien plus grande.

Nous nous arrêtons à ces quelques exemples, car une étude des causes générales de la folie serait au-dessus de nos forces. Contentons-nous de dire que toutes au même titre trouvent dans l'opération une excellente cause occasionnelle, et citons simplement en dernier lieu comme cause de folie ou simplement de faiblesse cérébrale toutes les diathèses, les maladies infectieuses (typhoïde, etc.), qui peuvent agir directement sur le cerveau et les maladies de certains organes entraînant des folies réflexes.

La pathogénie du délire post-opératoire serait des plus

simples si on trouvait toujours une des causes prédisposantes que nous venons de citer.

Mais nous sommes obligés de remarquer que sept de nos malades sur treize (Obs. II, III, IV, VIII, X, XII, XIII), sont exempts de toute espèce de tare dans leurs antécédents héréditaires et personnels, et quelle que soit la difficulté d'obtenir des renseignements exacts en pareille matière il nous faut bien tenir compte de nos observations.

Nous voici donc dans l'obligation de convenir que l'opération est parfois cause efficiente, ou que la prédisposition est de nature inconnue.

Nous sommes ici en pleine hypothèse, et s'il nous fallait expliquer pourquoi dans tel cas sans prédisposition aucune, telle opération a amené le délire, nous serions fort embarrassés.

Nous savons bien que les anesthésiques, le traumatisme opératoire lui-même, éprouvent de différentes façons le système nerveux, mais, reconnaissons-le, il ne nous sera pas toujours possible de dire : dans telle opération sur l'abdomen par suite de telle manœuvre chirurgicale et de telle ou telle circonstance opératoire il y a eu souffrance plus grande qu'à l'ordinaire du grand sympathique, ce qui a amené le délire, ou bien : au cours de telle opération de la région du cou, les nerfs et ganglions de cette partie ont plus souffert que d'habitude, d'où retentissement plus grand que d'ordinaire sur le cerveau et production du délire.

En un mot pourquoi, dans tel ou tel cas, un des éléments de l'opération : anesthésie, iodoforme, impression morale, etc. A-t-il pris l'importance d'une cause efficiente ? Nous ne pourrions pas en donner la raison, mais nous ne serons

pas autorisés à nier le fait. Tout au contraire nous devons admettre comme vraisemblable cette supposition que l'opération a pu à elle seule causer le trouble mental.

Mais à côté de cette hypothèse nous devons en émettre une autre : c'est qu'il pouvait y avoir une prédisposition de nature inconnue.

C'est là une expression bien vague, et pour que ce mot de prédisposition ne garde pas un sens quelque peu métaphysique, nous serons obligés d'en donner une définition, qui, en lui donnant la valeur d'un terme médical justifiera l'emploi que nous en faisons ici.

Pour jeter quelque clarté sur ce mot, il nous suffira de citer la théorie des rappels qui se trouve exprimée par le professeur Pierret dans une communication à l'Académie des Sciences basée sur des faits si simples et si certains qui a été émise dans une communication à l'Académie de Médecine par notre maître le professeur Pierret : un homme meurt dans une attaque apoplectique avec des phénomènes de paralysie; au lieu d'une hémorrhagie récente on trouve un ancien foyer hémorrhagique, une gomme, une cicatrice quelconque qui date peut-être de plusieurs années et la paralysie comme l'apoplexie datent de deux jours à peine. Ceci est d'observation journalière. Que s'est-il passé? L'autopsie fait-elle constater une poussée d'encéphalite récente autour de l'ancienne lésion? Pas du tout.

Il y avait simplement un point faible dans le cerveau et les mouvements de telle ou telle partie du corps étaient assurés par un moins grand nombre de cellules corticales. Alors il est arrivé ce qui arriverait dans une machine où certaines pièces seraient rivées par un trop petit nombre

de clous : le moindre choc suffirait à les disjoindre. Pour la machine humaine c'est un traumatisme, une intoxication quelconque, un écart de régime qui joue le rôle de cause déterminante. La lésion est là, elle est une cause de faiblesse, mais ne donne lieu d'habitude à aucun symptôme. Il lui arrive seulement de *se rappeler* à nous de temps à autre. Comme le professeur Pierret le fait très bien remarquer c'est la réalisation pathologique de ce fait expérimental observé par le professeur -R. Tripier : on produit une paralysie localisée par l'excision d'une petite portion de substance corticale ; la paralysie se guérit au bout de quelque temps ; mais par l'injection d'une forte dose de morphine on fait reparaitre la paralysie.

N'est-ce pas là de par la physiologie et la pathologie la définition exacte du mot *prédisposition* : c'est en réalité une lésion qui ne donne lieu à aucun symptôme en temps normal, mais qui pour le moindre prétexte se rappelle à nous.

Prédisposition à la paralysie, prédisposition au délire, tout cela doit être qualifié au même titre de lésion cérébrale. Seulement il y a des lésions inappréciables pendant la vie et même à l'autopsie dans l'état actuel de la science, et c'est ainsi qu'il y a des prédispositions de nature inconnue.

Est-il téméraire d'admettre que certains de nos malades étaient des prédisposés de cette catégorie ? Nous ne le pensons pas.

CHAPITRE V

TRAITEMENT.

La pathogénie du délire guidera le traitement.

C'est ainsi qu'il faudra toujours songer à l'iodoforme dont l'emploi peut provoquer ou aggraver le délire.

On le supprimera dans la plupart des cas où se montrera cette complication.

L'examen du malade au point de vue de ses antécédents, de l'état de ses organes, de ses diathèses possibles, devra ne pas être négligé. On pourra peut-être y découvrir une cause prédisposante ou aggravante contre laquelle le traitement devra être dirigé. Par exemple la néphrite commandera le régime lacté, l'alcoolisme, l'alcool ou l'opium, et ainsi de suite.

Si les recherches dirigées dans ce sens sont infructueuses, il ne restera plus que le traitement symptomatique basé sur la forme même du délire.

CONCLUSIONS

1° On voit survenir à la suite des opérations chirurgicales des manifestations délirantes imprévues, de formes diverses, de durée indéterminée et pouvant se terminer par la mort.

2° Dans certains cas on peut rattacher le délire, soit à une maladie mentale ou nerveuse déterminée, soit à une des causes générales de délire dont l'influence est aujourd'hui reconnue; notamment à l'alcoolisme, la morphomanie et autres intoxications; à l'état mental héréditaire, à l'hystérie, la néphrite chronique, l'athérome cérébral; les traumatismes cérébraux plus ou moins anciens, etc.

Dans ces cas l'opération joue le rôle de cause occasionnelle.

3° Dans d'autres cas le trouble psychique ne peut se rattacher à aucune affection mentale ou nerveuse, à aucune des causes générales ou spéciales de délire aujourd'hui connues.

On peut supposer dans ces cas, soit une prédisposition dont la nature nous reste inconnue, soit une action directe de l'opération qui aurait agi comme cause efficiente.

4° Les conditions étiologiques doivent être recherchées par ce qu'on peut en retirer des indications utiles pour le traitement.

Vu : le Président de la thèse,
A. LE DENTU

Vu : pour le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Dupuytren. — Leçons orales de clinique chirurgicale.
(1839).

Fournier. — Art. Alcoolisme, *Nouv. Dictionnaire* (1864).

Tillot. — De la lésion et de la maladie dans les affections chirurgicales du système utérin. Thèse de Paris (1864).

Festal. — Du délire nerveux traumatique, Paris (1877).

Ball et Ritti. — Délire nerveux traumatique. *Dict. encyclopédique* (1882).

Thèse de Vallon (1882). — Paralyse générale et traumatisme.

Ball. — Leçon sur la morphiomanie. *Revue scientifique* (1884).

Pierret. — Com. à l'Acad. des Sciences (1884).

Fauvel. — Paralyse générale traumatique (1885).

Traumatisme et névropathie, thèse de Bataille (1887).

Thèse de Guinon. — Agents provocateurs de l'hystérie (1888).

Clark. — Fonctions sexuelles et de reproduction dans ses rapports avec la folie. *Journal of mental Sc.*, octobre (1888).

Dufournier. — Archives de médecine (1889).

Bouvat. — Thèse de Lyon (1883).

Pierret. — Mémoire de Lyon (1884).

Diculafoy. — Folie brightique. *Soc. de médecine des hôpitaux* (1885).

Thyssen. — Thèse (1888).

Werth. — Berlin. *Klin. Woch.* (27 avril 1888).

- Dana, Sachs, Jacobi.** — Discussions, N. J. méd. Record (22 juin 1889).
- Gleivecke.** — Archives fur gynécologie, XXXV, (1889).
- Marocco.** — Sixième congrès italien de chirurgie de Bologne (1889).
- Openheim.** — Névroses traumatiques, Berlin (1889).
- Rougier.** — Thèse de Paris (1889).
- Denis.** — Montpellier (1889).
- Mairet.** — Bulletin médical (août 1889).
- Polailhon.** — Union médicale (oct. 1889).
- G. Thomas.** — Méd. News (avril 1889).
- Eillebrown.** — Améric. Journ. of obstet., janvier 1889.
Dent. Journ. of mental Sc., avril 1889.
- Rossignol.** — De l'intoxication-iodoformique, 1890.
- Florant.** — Délire et urémie, 1891.
- Raymond.** — Soc. méd. des hôpitaux, 1890.
- Löwenfeld.** — Névroses traumatiques. Revue de Hayem, 1890.
- Christian.** — Traumatisme du crâne. Revue de Hayem, XXXV, 1^{er} fasc.
- Pozzi.** — Gazette méd. de Paris, 9 août 1890.
- Duplay.** — Tr. de chirurgie, délire nerveux traumatique.
- Régis.** — Annales méd.-psych., janvier 1890

